



SUNDHEDSSTYRELSEN

Nationale kliniske anbefalinger

Non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD

Non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne
Nationale kliniske anbefalinger

© Sundhedsstyrelsen, 2025.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-681-4

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 02.10.2025
Format: pdf
Foto: Adobe Stock

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
September 2025

Resumé

Denne NKA indeholder to anbefalinger for non-farmakologisk behandling af ADHD hos voksne:

1. Svag anbefaling for: Overvej, i tillæg til farmakologisk behandling, at tilbyde non-farmakologisk behandling, specifikt en psykologisk intervention (primært kognitiv adfærdsterapi) til voksne med ADHD.
2. God praksis: Overvej, at tilbyde non-farmakologisk behandling, specifikt en psykologisk intervention (primært kognitiv adfærdsterapi) til voksne med ADHD, der ikke er i farmakologisk behandling.

Psykologiske interventioner kan være relevante i behandlingen af ADHD hos voksne ved påvirket funktionsevne eller livskvalitet. De psykologiske interventioner udgør 1) kognitiv adfærdsterapi, 2) dialektisk adfærdsterapi, 3) en kombination af dialektisk adfærdsterapi og kognitiv adfærdsterapi, 4) mindfulness, 5) mindfulness-baseret kognitiv terapi og 6) kognitiv træning/psykosociale interventioner.

Når anbefalingen om tillæg af non-farmakologisk behandling til voksne med ADHD, der får medicin, er svag, betyder det, at psykologiske interventioner kan være relevante for nogle, men ikke for alle og bør overvejes individuelt. Den gode praksis-anbefaling til voksne med ADHD, der ikke får medicin, bygger på, at der ikke findes direkte evidens for effekten af non-farmakologiske interventioner i denne gruppe. På trods af dette er det arbejdsgruppens vurdering, at det giver god klinisk mening, at psykologiske interventioner også tilbydes voksne, som ikke er i farmakologisk behandling.

Den psykologiske intervention bør tilpasses voksne med ADHD og den enkeltes livsbetingelser og specifikke behandlingsbehov.

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	3
Indholdsfortegnelse.....	4
Introduktion.....	5
Non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD	7
1. Non-farmakologisk behandling af ADHD i tillæg til farmakologisk behandling	9
1.1. Rationale og kliniske overvejelser	9
1.2. Nøgleinformationer	10
1.3. Evidensgrundlag	12
1.4. Det fokuserede spørgsmål	13
2. Non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD, der ikke er i farmakologisk behandling.....	15
2.1. Rationale og kliniske overvejelser	15
2.2. Nøgleinformationer	16
2.3. Evidensgrundlag.....	18
2.4. Det fokuserede spørgsmål.....	18
Patientcases.....	20
Terapibeskrivelser	26
Perspektivering	28
Metode.....	30
Referenceliste.....	33
Bilagsfortegnelse	37

Introduktion

Formål og baggrund for de nationale kliniske anbefalinger

Formålet med de nationale kliniske anbefalinger (NKA) er at understøtte en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt at prioritere i sundhedsvæsenet.

En NKA indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres, og hvem det er relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Anbefalingerne udarbejdes efter en systematisk tilgang og graduering af evidensens kvalitet, hvor styrken af anbefalingerne baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Arbejdsgruppen er forelagt evidensgrundlaget, nøgleinformationer er gennemgået, og der er herefter lavet en konsensusbeslutning om, hvordan anbefalingen skulle formuleres. Der henvises desuden til kapitlet 'Metode' for en detaljeret metodebeskrivelse for denne NKA samt Sundhedsstyrelsens 'metodehåndbog: Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer'⁽¹⁾ for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af NKA. Alle metodebilag til denne NKA kan findes på www.sst.dk.

I denne NKA er patientperspektivet repræsenteret gennem to udpegede repræsentanter fra ADHD-foreningen, som har deltaget i arbejdsgruppen. De har bidraget til alle aspekter af arbejdet, herunder udvælgelse af spørgsmål, fastsættelse af effektmål og udarbejdelse af anbefalinger. I denne NKA er patientperspektivet også repræsenteret ved, at anbefalingen har været i bred, offentlig høring, hvor der har været mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdige anbefaling. Udvalgte organisationer og foreninger er blevet opfordret til at afgive høringssvar, herunder Danske Patienter, Dansk Psykiatrisk Selskab, Danske Multidisciplinære Psykiatrigrupper og Social- og Boligstyrelsen.

Målgruppen for denne NKA omfatter sundhedspersonale ansat i psykiatrien og praktiserende psykiatere. Anbefalingen henvender sig også til en bred vifte af behandlere, i f.eks. kommunale tilbud, der hyppigt vil møde voksne med Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) - eksempelvis praktiserende læger, psykologer, socialrådgivere, pædagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker mv. Personer med ADHD og pårørende kan ligeledes orientere sig i anbefalingen.

Valg af emne og fokuserede spørgsmål

Målet med denne NKA er at understøtte en ensartet kvalitet i sundhedsvæsenet i forbindelse med non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD.

Denne NKA indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen.

NKAen beskæftiger sig således med et udvalgt område af behandlingsindsatsen - her non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD. De anvendte effektmål er udvalgt på forhånd af arbejdsgruppen.

Denne NKA undersøger to fokuserede spørgsmål:

1. Bør man tilbyde non-farmakologisk behandling i tillæg til farmakologisk behandling eller farmakologisk behandling alene til voksne med ADHD?
Dette spørgsmål har til formål at vurdere, om kombinationen af non-farmakologiske og farmakologiske interventioner fører til bl.a. forbedret funktion, symptomhåndtering og livskvalitet hos voksne med ADHD, sammenlignet med udelukkende farmakologisk behandling.
2. Bør man tilbyde non-farmakologisk behandling til voksne med ADHD, som ikke er i farmakologisk behandling?
Dette spørgsmål har til formål at vurdere om non-farmakologisk behandling kan føre til bl.a. forbedret funktion, symptomhåndtering og livskvalitet hos voksne med ADHD, som enten ikke ønsker eller ikke kan tåle farmakologisk behandling.

Non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD

ADHD er en udviklingsforstyrrelse med kernesymptomer i form af dysreguleret opmærksomhedsevne, aktivitet og impulsivitet⁽²⁾. Hyppige ledsagesymptomer hos voksne er søvnforstyrrelse og emotionel dysregulation⁽³⁾. ADHD bliver oftere beskrevet som en neurovariation (en neurodivergent tilstand). Dette betyder, at mennesker med ADHD neurologisk adskiller sig fra mennesker uden ADHD (kaldet neurotypiske), hvilket betyder, at mennesker med ADHD kan opleve verden på en måde, der kan være anderledes end personer uden ADHD. ADHD kan diagnosticeres hos både børn og voksne. ADHD hos voksne er relativt udbredt og forekommer hos cirka 2,5-5 % af den voksne befolkning⁽²⁾. Symptomerne på ADHD kan variere fra person til person, men inkluderer generelt opmærksomhedsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet. ADHD kan præsentere sig forskelligt blandt piger og drenge samt kvinder og mænd. Mænd har mere hyperaktivitet end kvinder, mens uopmærksomhed er nogenlunde ens – dog lidt lavere hos voksne kvinder. Piger vurderes som mindre hyperaktive end drenge. Kvinder har oftere psykiske symptomer som emotionel ustabilitet, angst og nedtrykthed og får mere behandling for disse symptomer⁽⁴⁾. Da det ICD-10 diagnostiske system ikke er tidssvarende og ikke inkluderer voksne med ADHD, anbefales det at bruge de diagnostiske kriterier i DSM-5 som basis for diagnosen hos voksne og derefter kode ifølge ICD-10 indtil ICD-11 er fuldt implementeret indenfor nogle år.

Formålet med behandlingen af voksne med ADHD er at få bedre funktionsevne i hverdagen og at øge livskvaliteten. Den traditionelle behandling af voksne med ADHD er primært farmakologisk, hvor både centralstimulerende medicin som f.eks. methylphenidat og ikke-centralstimulerende medicin som f.eks. atomoxetin anvendes til at håndtere symptomerne⁽⁵⁾. Derudover er psykoedukation i form af viden om og forståelse for, hvordan man lever med ADHD en del af behandlingen af voksne med ADHD. Mange voksne med ADHD har samtidige komorbide lidelser, som angst og depression⁽⁶⁾. Det er vigtigt at være opmærksom på, da disse komorbide lidelser ikke behandles direkte med farmakologisk behandling for ADHD. Farmakologisk behandling kan hjælpe med at reducere ADHD-symptomer hos nogle, men evidensen viser ikke entydige resultater⁽⁷⁻⁹⁾. Der er en voksende interesse for non-farmakologiske behandlinger i tillæg til eller i stedet for farmakologisk behandling, som kan omfatte psykologiske og kropsorienterede interventioner.

Non-farmakologiske behandlinger kan være relevante for voksne med ADHD, som har truffet et informeret valg om ikke at få farmakologisk behandling, for voksne som har svært ved at få taget medicinen hver dag og for dem, hvor medicinen ikke virker eller ikke kan tåle den. For nogle voksne, der er blevet udredt for ADHD i voksenalderen, kan der desuden være et behov for non-farmakologisk behandling af følgerne af ADHD, som depression, stress, dårligt selvværd eller udfordringer i familielivet⁽¹⁰⁾.

Non-farmakologisk behandling anvendes i begrænset omfang i Danmark, og oftest kun i form af psykoedukative tiltag. Effekten af non-farmakologiske behandlinger er usikker, og der er stadig ubesvarede spørgsmål om, hvorvidt det er mest fordelagtigt at tilbyde non-farmakologisk behandling som supplement til farmakologisk behandling eller som en selvstændig behandlingsform. Nogle studier peger på, at en kombination af farmakologisk og non-farmakologisk behandling kan være mere effektiv end farmakologisk behandling alene, mens andre argumenterer for, at non-farmakologisk behandling alene kan være tilstrækkelig for nogle individer. Derudover er der usikkerhed om hvilke non-farmakologiske interventioner, der er størst effekt af.

Denne NKA undersøger, om non-farmakologisk behandling bør tilbydes som et supplement til farmakologisk behandling, eller om farmakologisk behandling alene er tilstrækkelig for voksne med ADHD. Derudover vurderes, om non-farmakologisk behandling bør tilbydes alene for voksne med ADHD. Ved at afdekke effekten af de forskellige behandlingsformer ønsker vi at opnå en bedre forståelse af, hvordan voksne med ADHD bedst kan støttes for at øge deres livskvalitet og funktionsniveau.

1. Non-farmakologisk behandling af ADHD i tillæg til farmakologisk behandling

Svag anbefaling for

Overvej, i tillæg til farmakologisk behandling, at tilbyde non-farmakologisk behandling, specifikt en psykologisk intervention (primært kognitiv adfærdsterapi) til voksne med ADHD.

1.1. Rationale og kliniske overvejelser

Anbefalingen baserer sig på de non-farmakologiske interventioner, for hvilke der blev identificeret evidens og en gavnlig effekt. Følgende psykologiske interventioner anbefales i tillæg til farmakologisk behandling:

- 1) kognitiv adfærdsterapi,
- 2) dialektisk adfærdsterapi,
- 3) en kombination af dialektisk adfærdsterapi og kognitiv adfærdsterapi,
- 4) mindfulness,
- 5) mindfulness-baseret kognitiv terapi,
- 6) kognitiv træning/psykosociale interventioner.

Datagrundlaget indbefatter også træning af arbejdshukommelsen, men denne terapiform har ikke vist gavnlige effekter og anbefales derfor ikke på nuværende grundlag.

I formuleringen af anbefalingen er der lagt vægt på, at den største effekt muligvis ses ved kognitiv adfærdsterapi, som også havde en effekt, der overstiger den mindste relevante forskel på det kritiske effektmål funktionsniveau. Det skal dog understreges, at der er usikkerhed forbundet med effekten og varigheden af effekten over tid. De øvrige terapier (dialektisk adfærdsterapi, en kombination af dialektisk adfærdsterapi og kognitiv adfærdsterapi, mindfulness, mindfulness-baseret kognitiv terapi og kognitiv træning/psykosociale interventioner) viste ingen klar effekt på funktionsniveau. Alle terapier viste en potentiel gavnlig effekt på det vigtige effektmål graden af ADHD-symptomer. Der blev ikke påvist forskelle i skadelige virkninger mellem kombinationsbehandling og monoterapi med farmakologisk behandling. Samlet set er der lav til meget lav tiltro til resultaterne.

Vi har afdækket evidensen for en bred gruppe af non-farmakologiske interventioner, inklusiv fysiske interventioner, men grundet det sparsomme evidensgrundlag er der udelukkende evidens for at anbefale psykologiske interventioner. Der er dermed behov for mere forskning på området, både for at bekræfte resultaterne, men også for at undersøge effekten af øvrige non-farmakologiske interventioner.

Mange voksne med ADHD efterspørger non-farmakologiske interventioner. Da de anbefalede terapier hovedsageligt er udviklet til andre populationer, er der behov for en målrettet tilpasning, så interventionerne bedre adresserer de specifikke behov hos voksne med ADHD. Ved behandlingsplanlægning bør klinikerne inddrage patientens komorbide lidelser, personlige ressourcer såsom motivation, socialt

netværk og mestringssevne samt præferencer med henblik på en helhedsvurdering af evnen til at gennemføre og profitere af et behandlingsforløb. Behandlingsforløbet bør bestå af mindst otte sessioner og gennemføres af fagprofessionelle med relevant uddannelse og kompetencer. Terapien kan tilbydes individuelt eller i grupper og kan foregå enten som fysisk fremmøde eller i virtuel form, afhængigt af patientens behov og ressourcer.

I samråd med patienten tilpasses behandlingen den enkeltes livsbetingelser og specifikke behandlingsbehov, hvor der fokuseres på patientens styrker og på at fremme håb og personlig handlekraft. Overvej at tilbyde kognitiv adfærdsterapi ved nedsat funktionsniveau og tilstedeværelse af ADHD-symptomer, mens dialektisk adfærdsterapi og mindfulness kan være relevante i tilfælde, når funktionsniveauet er relativt stabilt, men symptombyrden stadig er betydelig. For at sikre patientens engagement i behandlingen bør klinikere drøfte centrale forhold med patienten med ADHD og eventuelt deres pårørende. Det er vigtigt at fremhæve fordelene ved interventionerne, herunder muligheden for at udvikle livslange færdigheder til håndtering af ADHD-symptomer samt mulig bedring af selvværd, mental sundhed og generel trivsel. Desuden bør patienten informeres om den nødvendige indsats, det kræver at indgå i et forløb, herunder tidsforbrug og nødvendig arbejdsindsats for at opnå en tilstrækkelig effekt.

1.2. Nøgleinformationer

Retning og styrke af en anbefaling afhænger af balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltro til evidensen. Derudover vurderes ressourcerforbrug, lighed i sundhed, accept og gennemførlighed. Til sammen danner de forskellige domæner grundlaget for anbefalingens retning og styrke. I skemaet nedenfor ses den overordnede vurdering mens en uddybning kan ses under skemaet.

Domæne	Vurdering
Gavnlige og skadelige virkninger	☐ Overvejende fordele ved interventionen ☒ Lille gevinst ved interventionen eller små forskelle mellem alternativerne ☐ Væsentlige ulemper ved interventionen ☐ Ikke angivet
Tiltro til evidensen	☐ Høj ☐ Moderat ☐ Lav ☒ Meget lav ☐ Ikke angivet
Patientpræferencer	☒ Vi forventer, at de fleste patienter vil vælge interventionen ☐ Betydelig variation er forventet ☐ Vi forventer, at få patienter vil vælge interventionen ☐ Usikkert/ikke angivet
Ressourcer	☐ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☒ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet

Lighed i sundhed	☐ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☒ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Accept	☒ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Gennemførlighed	☐ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☒ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet

Gavnlige og skadelige virkninger

Kognitiv adfærdsterapi i kombination med farmakologisk behandling forbedrer sandsynligvis både funktionsniveau og ADHD-symptomer sammenlignet med farmakologisk behandling alene.

Dialektisk adfærdsterapi, kognitiv træning og mindfulness forbedrer sandsynligvis ADHD-symptomer sammenlignet med farmakologisk behandling alene. Der er dog sandsynligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle på livskvaliteten mellem disse terapiformer kombineret med farmakologisk behandling og farmakologisk behandling alene.

Derudover er der muligvis ingen eller kun ubetydelige forskelle på de øvrige effektmål (frafald fra behandling og alvorlige hændelser/bivirkninger) ved kombinationen af terapier og farmakologisk behandling sammenlignet med farmakologisk behandling alene.

Endelig viste træning af arbejdshukommelse i kombination med farmakologisk behandling ingen eller kun ubetydelige forskelle på alle effektmål sammenlignet med farmakologisk behandling alene.

En detaljeret gennemgang af både de kritiske og vigtige effektmål kan ses i bilag 2.

Tiltro til evidensen

Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da der er meget lav tiltro til de kritiske effektmål (funktionsniveau og alvorlige hændelser).

Tiltroen til de kritiske effektmål er meget lav pga. alvorlig risiko for bias, alvorlig inkonsistente resultater og alvorligt upræcise effektestimater.

Patientpræferencer

De fleste patienter, og ligeledes deres familie samt netværk, ønsker en tilpasset non-farmakologisk intervention, der kan bidrage til at mindske deres ADHD-symptomer, bedre deres funktionsniveau samt skabe en bedre hverdag.

Der kan forventeligt være forskel i patientpræferencerne, hvad angår typen af non-farmakologisk behandling, idet nogle patienter måske allerede har afprøvet visse terapiformer, hvorfor det skønnes vigtigt,

at patientens præferencer tages i betragtning i udvælgelsen af non-farmakologisk behandlingsform. Patientpræferencerne kan også afhænge af personens alder og øvrige livssituation og kan således ændre sig over tid.

Arbejdsgruppen forventer yderligere at sessionerne samt forløbets varighed vil spille en stor rolle for, hvorvidt det vil være muligt for patienterne, at tage imod den non-farmakologiske behandling, idet fysisk fremmøde kan være en udfordring. Nogle klinikker tilbyder virtuelle løsninger, hvilket foretrækkes af visse patienter. Sessionerne til den valgte non-farmakologiske behandling vil oftest ligge indenfor almindelig arbejdstid, hvorfor det bør overvejes, om non-farmakologisk behandlingstilbud kan ligge uden for normale arbejdstider for at gøre det nemmere for patienterne. En fleksibel tilrettelæggelse har betydning for målgruppen.

Ressourcer

Kompetencerne vil sandsynligvis variere blandt de relevante fagprofessionelle. Non-farmakologisk behandling stiller øgede tidsmæssige krav til fagpersoner og kræver forskellige faglige kompetencer. Derfor ser arbejdsgruppen det som en styrke, hvis der tilbydes efteruddannelse og specialisering for at sikre en ensartet kvalitet i den non-farmakologiske behandling på tværs af landet.

Lighed i sundhed

Arbejdsgruppen er enige om, at den non-farmakologiske behandling i sig selv ikke skaber ulighed i sundhed. Dog kan nye anbefalinger risikere at føre til øget ulighed i forhold til geografi eller socioøkonomisk baggrund – f.eks. på grund af forskelle i adgang, ressourcer eller sundhedskompetencer. Det er derfor vigtigt, at sådanne tiltag designes og implementeres med fokus på at modvirke ulighed i sundhed. Non-farmakologiske tilbud findes både i regionerne og kommunerne, men tilbuddene varierer fra kommune til kommune og region til region.

Accept

Både patienter og klinikere forventes at acceptere de non-farmakologiske interventioner. Der kan dog opstå udfordringer i nogle områder, hvor faktorer som tilgængeligheden af behandlere og længere transporttid kan påvirke tilslutningen til den non-farmakologiske behandling. Derfor kan accepten af behandlingsanbefalingen være lavere i disse områder. Accept af behandlingsanbefalingen kan også afhænge af, om der er adgang til specialiseret viden, et fagligt højt niveau samt relevante tilbud til målgruppen på baggrund af denne viden.

Gennemførlighed

Der er aktuelt kapacitetsproblemer i sundhedsvæsenet - herunder en mangel på tilstrækkeligt antal kvalificerede fagprofessionelle - hvilket kan vanskeliggøre implementeringen af denne anbefaling. Derudover bør det bemærkes, at en sådan indsats potentielt vil medføre øgede offentlige udgifter.

Denne anbefaling kan medføre at flere voksne med ADHD vil modtage non-farmakologisk behandling i form af psykologisk intervention, hvilken kan medføre en økonomisk udfordring. Omvendt kan det bidrage til, at borgere opnår en bedre funktionsevne herunder i forhold til arbejds-, familie- og socialliv.

1.3. Evidensgrundlag

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål baserer sig på 23 randomiserede forsøg og i alt 25 sammenligninger ⁽¹¹⁻³⁶⁾.

De inkluderede forsøg er identificeret via en bred og systematisk litteratursøgning efter systematiske reviews omhandlende non-farmakologiske behandlinger (psykologiske interventioner som kognitiv

adfærdsterapi, kognitiv træning, adfærdsterapi, psykoedukation, ADHD-coaching samt fysiske og krop-sind interventioner som sansemulation, kropsterapi, fysisk aktivitet) til voksne med ADHD. Vi identificerede 26 systematiske reviews⁽³⁷⁻⁶²⁾, som blev gennemgået for relevans for det fokuserede spørgsmål. Det blev vurderet at evidensgrundlaget for de enkelte systematiske reviews ikke alene kunne danne grundlag for formulering af anbefaling for det prædefinerede fokuserede spørgsmål. Vi foretog herefter en opdateret litteratursøgning efter primærstudier.

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål baserer sig således på randomiserede forsøg ekstraheret fra identificerede systematiske reviews (n = 7) suppleret med randomiserede forsøg identificeret via søgning efter primærlitteratur (n = 16).

Populationerne i de inkluderede forsøg er voksne med ADHD i farmakologisk behandling, defineret som >50% i farmakologisk behandling i begge grupper. Kun syv forsøg inkluderede deltagere, hvor samtlige deltagere var i farmakologisk behandling^(11, 13, 23, 26, 30-32). Der er udført subgruppeanalyser for at undersøge, om der er forskel i effektestimater mellem forsøg hvor alle deltagere er i farmakologisk behandling sammenlignet med forsøg, hvor kun en andel af deltagerne er i farmakologisk behandling. Subgruppeanalyserne viste ingen forskel i effekt, fraset observatørvurderet funktionsniveau ved behandlingsafslutning. Der er udført sensitivitetsanalyse for at undersøge effekten af inklusion af forsøg, hvor der ses en større variation (defineret som ≥20% absolut forskel) i farmakologisk behandling mellem de to sammenlignende grupper i det enkelte forsøg. Eksklusion af tre forsøg viste ingen forskel på effektestimater^(12, 35, 36).

To forsøg undersøgte flere non-farmakologiske behandlinger^(25, 36), fem forsøg undersøgte flere behandlinger, hvor kun en sammenligning er relevant her^(20, 21, 29, 30), et forsøg undersøgte non-farmakologisk behandling i to populationer, hvoraf kun den ene population er relevant her⁽³²⁾, mens de øvrige 15 forsøg undersøgte en sammenligning).

Interventionerne i evidensgrundlaget udgør:

- Kognitiv adfærdsterapi, - 11 sammenligninger^(11-13, 18, 24-26, 29, 31, 35, 36)
- Dialektisk adfærdsterapi - 2 sammenligninger^(16, 23)
- Dialektisk adfærdsterapi/kognitiv adfærdsterapi - 1 sammenligning⁽³⁰⁾
- Mindfulness - 3 sammenligninger^(15, 22, 25)
- Mindfulness-baseret kognitiv adfærdsterapi - 1 sammenligning⁽¹⁷⁾
- Kognitiv træning/psykosociale interventioner - 4 sammenligninger^(14, 32, 33, 35, 36)
- Træning af arbejdshukommelse - 3 sammenligninger⁽¹⁹⁻²¹⁾

Kontrolgruppen i de inkluderede forsøg udgør venteliste/ingen behandling/vanlig behandling (TAU) (uden aktiv non-farmakologisk intervention). Alle kontrolgrupper indeholdt farmakologisk behandling i varierende omfang.

Interventionerne var primært psykologiske interventioner. Interventionsvarighed var heterogen og andelen af deltagere per forsøg var generelt lav.

Den fulde sammenfatning af evidensen og evidensprofiler kan ses i bilag 2.

1.4. Det fokuserede spørgsmål

Nedenfor er en oversigt over det prædefinerede fokuserede spørgsmål. For flere detaljer, se bilag 3

Population	Voksne (≥ 18 år) med diagnosen ADHD i henhold til DSM-III-5 eller ICD10/11 kriterier givet ved et diagnostisk interview eller ved kliniker administreret diagnose, som er i
-------------------	---

	stabil farmakologisk behandling eller opstarter farmakologisk behandling. Populationen indeholder voksne med ADHD både med og uden komorbiditet.
Intervention	Tillægsbehandling med non-farmakologisk intervention. Non-farmakologisk behandling er begrænset til psykologiske interventioner (f.eks. kognitiv adfærdsterapi, kognitiv træning, adfærdsterapi, psykoedukation, ADHD-coaching, neurofeedback) samt fysiske og krop-sind interventioner (f.eks. sansemodulation, kropsterapi, fysisk aktivitet). Varigheden af non-farmakologisk intervention skal udgøre et forløb (gruppe- eller individuelt) - ved terapiforløb skal der tilbydes mindst fire sessioner.
Comparator	Venteliste/ingen behandling/vanlig behandling (TAU) (uden aktiv non-farmakologisk intervention).
Outcomes	Kritiske: Funktionsniveau, alvorlige hændelser. Vigtige: Livskvalitet, ADHD-symptomer, frafald, misbrug og afhængighed (ludomani og risikoadfærd), fravær fra arbejde/uddannelse, kriminalitet, medicinadhærens.

2. Non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD, der ikke er i farmakologisk behandling

Konsensusanbefaling

Overvej, at tilbyde non-farmakologisk behandling, specifikt en psykologisk intervention (primært kognitiv adfærdsterapi) til voksne med ADHD, som ikke er i farmakologisk behandling.

2.1. Rationale og kliniske overvejelser

For patienter, der enten ikke ønsker eller ikke kan modtage farmakologisk behandling, anbefales det at overveje at tilbyde en psykologisk intervention, primært kognitiv adfærdsterapi. Selvom der ikke blev identificeret randomiserede forsøg, som undersøgte effekten af non-farmakologisk behandling uden samtidig farmakologisk behandling hos patientgruppen, er det arbejdsgruppens vurdering, at psykologisk intervention kan udgøre en del af behandlingen hos voksne med ADHD, der ikke er i farmakologisk behandling.

Med afsæt i erfaringer og viden hos arbejdsgruppen samt evidensgrundlaget for psykologiske interventioner blandt voksne i farmakologisk behandling, har arbejdsgruppen valgt at udarbejde denne konsensusanbefaling. Specifikt anbefales følgende psykologiske interventioner:

- 1) kognitiv adfærdsterapi,
- 2) dialektisk adfærdsterapi,
- 3) en kombination af dialektisk adfærdsterapi og kognitiv adfærdsterapi,
- 4) mindfulness,
- 5) mindfulness-baseret kognitiv terapi
- 6) kognitiv træning/psykosociale interventioner.

Det anbefales desuden at rådgive om livsstilsændringer, herunder sund kost, fysisk aktivitet og sunde søvnvaner, som generelt anbefales til alle voksne og kan bidrage til en bedre hverdag.

Farmakologisk og non-farmakologisk behandling bør være integrerede tilgange til behandling af voksne med ADHD. Det kan være hensigtsmæssigt at starte med non-farmakologiske metoder, uanset om farmakologisk behandling overvejes. Dette gælder særligt for patienter, der ønsker at udforske alternative behandlingsmuligheder. Derudover er der patienter, som af forskellige årsager fravælger farmakologisk behandling. For disse patienter kan non-farmakologisk behandling udgøre en essentiel del af deres behandlingsstrategi.

Mange voksne med ADHD efterspørger non-farmakologiske interventioner. Da de anbefalede terapier hovedsageligt er udviklet til andre populationer, er der behov for en målrettet tilpasning, så interventionerne bedre adresserer de specifikke behov hos voksne med ADHD. Ved behandlingsplanlægning bør klinikerne inddrage patientens komorbide lidelser, personlige ressourcer såsom motivation, socialt netværk og mestringsevne samt præferencer med henblik på en helhedsvurdering af evnen til at

gennemføre og profitere af et behandlingsforløb. Behandlingsforløbet bør bestå af mindst otte sessioner og gennemføres af fagpersoner med relevant uddannelse og kompetencer. Terapien kan tilbydes individuelt eller i grupper og kan foregå enten som fysisk fremmøde eller i virtuel form, afhængigt af patientens behov og ressourcer.

I samråd med patienten tilpasses behandlingen den enkeltes livsbetingelser og specifikke behandlingsbehov, hvor der fokuseres på patientens styrker og på at fremme håb og personlig handlekraft. Overvej at tilbyde kognitiv adfærdsterapi ved nedsat funktionsniveau og tilstedeværelse af ADHD-symptomer, mens dialektisk adfærdsterapi og mindfulness kan være relevante i tilfælde, når funktionsniveauet er relativt stabilt, men symptombyrden stadig er betydelig. For at sikre patientens engagement i behandlingen bør klinikere drøfte centrale forhold med patienten med ADHD og eventuelt deres pårørende. Det er vigtigt at fremhæve fordelene ved interventionerne, herunder muligheden for at udvikle livslange færdigheder til håndtering af ADHD-symptomer samt mulig bedring af selvværd, mental sundhed og generel trivsel. Desuden bør patienten informeres om den nødvendige indsats, det kræver at indgå i et forløb, herunder tidsforbrug og nødvendig arbejdsindsats for at opnå en tilstrækkelig effekt.

2.2. Nøgleinformationer

Retning og styrke af en anbefaling afhænger af balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltro til evidensen. Derudover vurderes ressourcerforbrug, lighed i sundhed, accept og gennemførlighed. Til sammen danner de forskellige domæner grundlaget for anbefalingens retning og styrke. I skemaet nedenfor ses den overordnede vurdering mens en uddybning kan ses under skemaet.

Domæne	Vurdering
Gavnlige og skadelige virkninger	☐ Overvejende fordele ved interventionen ☐ Lille gevinst ved interventionen eller små forskelle mellem alternativerne ☐ Væsentlige ulemper ved interventionen ☒ Ikke angivet
Tiltro til evidensen	☐ Høj ☐ Moderat ☐ Lav ☐ Meget lav ☒ Ikke angivet
Patientpræferencer	☒ Vi forventer, at de fleste patienter vil vælge interventionen ☐ Betydelig variation er forventet ☐ Vi forventer, at få patienter vil vælge interventionen ☐ Usikkert/ikke angivet
Ressourcer	☐ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☒ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Lighed i sundhed	☐ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer

	☒ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Accept	☒ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☐ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet
Gennemførlighed	☐ Ingen væsentlige problemer ☐ Nogle udfordringer ☒ Væsentlige problemer ☐ Usikkert/ikke angivet

Gavnlig og skadelige virkninger

Vi identificerede ingen randomiserede forsøg, som undersøgte effekten af non-farmakologiske interventioner sammenlignet med venteliste eller ingen behandling hos voksne med ADHD, som ikke er i farmakologisk behandling. Anbefalingen er baseret på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, da der ikke blev fundet empirisk evidens til direkte at belyse det fokuserede spørgsmål. Anbefalingen er desuden udarbejdet med afsæt i evidensgrundlaget blandt voksne i farmakologisk behandling.

På baggrund af en klinisk afvejning af forholdet mellem forventede gavnlige og skadelige virkninger, samt indirekte evidens, vurderer arbejdsgruppen, at de navngivne non-farmakologiske interventioner kan være gavnlige i behandlingen af denne population. Dog, grundet den manglende empiriske evidens, bør både de gavnlige og skadelige behandlingseffekter vurderes løbende gennem behandlingsforløbet.

Tiltro til evidensen

Denne anbefaling er ikke evidensbaseret.

Patientpræferencer

De fleste patienter, og ligeledes deres familie samt netværk, ønsker en tilpasset non-farmakologisk intervention der kan bidrage til at mindske deres ADHD-symptomer, bedre deres funktionsniveau samt skabe en bedre hverdag.

Der kan forventeligt være forskel i patientpræferencerne, hvad angår typen af non-farmakologisk behandling, idet nogle patienter måske allerede har afprøvet visse terapiformer, hvorfor det skønnes vigtigt, at patientens præferencer tages i betragtning i udvælgelsen af non-farmakologisk behandlingsform. Patientpræferencerne kan også afhænge af personens alder og øvrige livssituation og kan således ændre sig over tid.

Arbejdsgruppen forventer yderligere at sessionerne samt forløbets varighed vil spille en stor rolle for, hvorvidt det vil være muligt for patienterne, at tage imod den non-farmakologiske behandling, idet fysisk fremmøde kan være en udfordring. Nogle klinikker tilbyder virtuelle løsninger, hvilket foretrækkes af visse patienter. Sessionerne til den valgte non-farmakologiske behandling vil oftest ligge indenfor almindelig arbejdstid, hvorfor det bør overvejes, om non-farmakologisk behandlingstilbud kan ligge uden for normale arbejdstider for at gøre det nemmere for patienterne. En fleksibel tilrettelæggelse har betydning for målgruppen.

Ressourcer

Kompetencerne vil sandsynligvis variere blandt de relevante fagprofessionelle. Non-farmakologisk behandling stiller øgede tidsmæssige krav til fagpersoner og kræver forskellige faglige kompetencer. Derfor ser arbejdsgruppen det som en styrke, hvis der tilbydes efteruddannelse og specialisering for at sikre en ensartet kvalitet i den non-farmakologiske behandling på tværs af landet.

Lighed i sundhed

Arbejdsgruppen er enige om, at den non-farmakologiske behandling i sig selv ikke skaber ulighed i sundhed. Dog kan nye anbefalinger risikere at føre til øget ulighed i forhold til geografi eller socioøkonomisk baggrund – f.eks. på grund af forskelle i adgang, ressourcer eller sundhedskompetencer. Det er derfor vigtigt, at sådanne tiltag designs og implementeres med fokus på at modvirke ulighed i sundhed. Non-farmakologiske tilbud findes både i regionerne og kommunerne, men tilbuddene varierer fra kommune til kommune og region til region.

Accept

Både patienter og klinikere forventes at acceptere de non-farmakologiske interventioner. Der kan dog opstå udfordringer i nogle områder, hvor faktorer som tilgængeligheden af behandlere og længere ventetid kan påvirke tilslutningen til den non-farmakologiske behandling. Derfor kan accepten af behandlingsanbefalingen være lavere i disse områder. Accept af behandlingsanbefalingen kan også afhænge af, om der er adgang til specialiseret viden, et fagligt højt niveau samt relevante tilbud til målgruppen på baggrund af denne viden.

Gennemførlighed

Der er aktuelt kapacitetsproblemer i sundhedsvæsenet - herunder en mangel på tilstrækkeligt antal kvalificerede fagprofessionelle - hvilket kan vanskeliggøre implementeringen af denne anbefaling. Derudover bør det bemærkes, at en sådan indsats potentielt vil medføre øgede offentlige udgifter.

Denne anbefaling kan medføre at flere voksne med ADHD vil modtage non-farmakologisk behandling i form af psykologisk intervention, hvilken kan medføre en økonomisk udfordring. Omvendt kan det bidrage til, at borgere opnår en bedre funktionsevne herunder i forhold til arbejds-, familie- og socialliv.

2.3. Evidensgrundlag

Vi identificerede ingen randomiserede forsøg, som undersøgte effekten af non-farmakologiske interventioner hos voksne med ADHD, som ikke er i farmakologisk behandling.

2.4. Det fokuserede spørgsmål

Nedenfor er en oversigt over det prædefinerede fokuserede spørgsmål. For flere detaljer, se bilag 3.

Population	Voksne (≥ 18 år) med diagnosen ADHD i henhold til DSM-III-5 eller ICD10/11 kriterier givet ved et diagnostisk interview eller ved kliniker administreret diagnose. Populationen indeholder voksne med ADHD både med og uden komorbiditet, som ikke ønsker/tåler farmakologisk behandling.
Intervention	Non-farmakologisk behandling er begrænset til psykologiske interventioner (f.eks. kognitiv adfærdsterapi, kognitiv træning, adfærdsterapi, psykoedukation, ADHD-coaching, neurofeedback) samt fysiske og krop-sind interventioner (f.eks. sansemodulation, kropsterapi, fysisk aktivitet).

	Varigheden af non-farmakologisk intervention skal udgøre et forløb (gruppe- eller individuelt) - ved terapiforløb skal der tilbydes mindst fire sessioner.
Comparator	Venteliste eller ingen behandling.
Outcomes	Kritiske: Funktionsniveau, alvorlige hændelser. Vigtige: Livskvalitet, ADHD-symptomer, frafald, misbrug og afhængighed (ludomani og risikoadfærd), fravær fra arbejde/uddannelse, kriminalitet, medicinadhærens.

Patientcases

Patientcase: Anders, 36 år

Anders er en 36-årig mand, der havde ADHD-lignende problemer som teenager, men han blev aldrig udredt. Han har for nylig henvendt sig til en psykiater, da han oplever, at hans hverdag er kaotisk, og han har svært ved at håndtere sine problemer. Anders har læst om ADHD og mener, at udredning for ADHD og ADHD-medicin vil hjælpe ham til at få bedre styr på sit liv.

Under samtalen med psykiateren fremgår det, at Anders har mange udfordringer i sin dagligdag: Anders har svært ved at strukturere sin tid. Han glemmer aftaler, kommer ofte for sent og mangler rutiner i sin hverdag. Han oplever hyppige konflikter med kolleger, venner og familie, da han nemt bliver irriteret, og han har svært ved at se ting fra andres perspektiv. Hjemmet er præget af rod og uafsluttede projekter. Anders føler sig overvældet af huslige pligter og udskyder ofte opgaver, fordi han ikke ved, hvor han skal begynde. Han beskriver en konstant følelse af kaos, angst og stress, der gør det svært for ham at tage fat på selv små opgaver.

Psykiateren vurderer, at Anders' livslange symptomer er forenelige med ADHD, men samtidig vurderer psykiateren, at Anders' massive udfordringer med planlægning, glemsomhed, konflikthåndtering og praktiske opgaver vil være en udfordring i forhold til at opnå en succesfuld opstart af farmakologisk behandling. Psykiateren pointerer, at hvis Anders ikke arbejder med at opbygge bedre strategier og struktur i sin hverdag, er der risiko for, at medicinen alene ikke vil give ham den ønskede forbedring, og at han måske vil opleve frustration over manglende resultater.

Psykiateren foreslår, at Anders starter med kognitiv adfærdsterapi, hvilket kan hjælpe ham med at lære strategier ift. planlægning og organisering, idet terapien kan give Anders redskaber til at strukturere sin tid og prioritere sine opgaver. Terapien kan muligvis også lære ham at håndtere vanskelige situationer og reagere mere hensigtsmæssigt i sine relationer. Kognitiv adfærdsterapi kan hjælpe ham med en strategi, hvor han kan lære at bryde opgaver op i mindre dele og tage de første skridt mod at skabe en mere overskuelig hverdag.

Psykiateren forklarer Anders, at kognitiv adfærdsterapi kan skabe et stærkt fundament for senere medicinsk behandling, og at en kombination af terapi og medicin ofte giver de bedste resultater. Anders er i første omgang skuffet, men går med til at starte et forløb med kognitiv adfærdsterapi og får en tid til opfølgning om tre måneder, hvor muligheden for medicinsk behandling vil blive revurderet.

Hvis behandlingsplanen følges (kognitiv adfærdsterapi først, derefter medicin), kan følgende mulige kortsigtede positive effekter opnås:

- Anders lærer strategier til at strukturere sin hverdag.
- Han får konkrete værktøjer til opgaveløsning og planlægning.
- Han opnår bedre forståelse for sine reaktionsmønstre.
- Oplevelsen af kaos og overvældelse reduceres gradvist.

Mulige langsigtede positive effekter:

- Etablering af hensigtsmæssige rutiner og vaner.

- Forbedrede relationer gennem bedre konfliktforståelse.
- Øget selvforståelse og mestringsevne.
- Medicinen vil bygge på et solidt fundament af copingstrategier.
- Bedre forudsætning for at følge medicinsk behandling korrekt.

Hvis behandlingsplanen ikke følges (f.eks. hvis Anders kun ønsker medicin), kan følgende negative risici opstå:

Mulige kortsigtede risici:

- Utilstrækkelig effekt af medicin alene.
- Uændrede udfordringer med struktur og planlægning.
- Fortsatte konflikter i relationer pga. manglende konfliktløsningsevner.
- Vedvarende kaos i hverdagen trods eventuel symptomforbedring.
- Øget risiko for manglende efterlevelse af medicinsk behandling.

Mulige langsigtede risici:

- Forværring af eksisterende problemer.
- Risiko for udvikling af sekundære problemer som depression og angst.

Vigtigheden af kombinationsbehandling:

Kombinationen af kognitiv adfærdsterapi og medicin giver ofte gode resultater. Timing og rækkefølge er dog afgørende – ved at starte med kognitiv adfærdsterapi skabes et solidt fundament, der kan optimere effekten af den medicinske behandling.

Patientcase: Clara, 35 år

Clara, en 35-årig kvinde, kæmper med betydelige udfordringer relateret til både indre uro og uopmærksomhed. For seks måneder siden blev hun udredt af en psykiater i en regional ambulant klinik og diagnosticeret med både autisme og ADHD. Efter diagnosen blev hun sat i behandling med methylphenidat, som ikke havde nogen effekt, og dernæst blev dexamfetamin afprøvet og derefter guanfacin, men medicinen har ikke haft den ønskede effekt, og Clara føler, at hendes symptomer fortsat påvirker hendes hverdag negativt.

Claras liv er præget af kaos og konflikter, særligt i forholdet til hendes kæreste. Hun beskriver, hvordan rod og glemsomhed ofte fører til uoverensstemmelser, hvilket lægger yderligere pres på hendes dagligdag. På arbejdet, hvor hun har en ledende stilling, har hun indtil nu klaret sig godt, men arbejdsbyrden er begyndt at vokse hende over hovedet. Hun oplever stigende stress og har haft flere episoder, hvor hun har skældt medarbejdere ud. Dette har resulteret i klager, og Clara føler sig fanget i en situation, hun ikke kan håndtere.

Psykiateren foreslår, at Clara starter i et forløb med dialektisk adfærdsterapi hos en erfaren terapeut, som psykiateren har tillid til. Terapien kan hjælpe Clara med at lære strategier til at organisere og planlægge sin tid, så hun bedre kan håndtere sin hverdag. Derudover kan dialektisk adfærdsterapi give hende redskaber til at regulere sine følelser mere hensigtsmæssigt og forbedre hendes evne til at navigere i relationer, både privat og professionelt. En vigtig del af terapien er mindfulness-teknikker, som kan støtte Clara i at skabe mere ro og tilstedeværelse i nuet.

Psykiateren forklarer, at dialektisk adfærdsterapi kan være en vigtig tilgang til at skabe en mere stabil og struktureret hverdag for Clara. Hun er enig i at prøve terapien, samtidig med at psykiateren vurderer, om hendes medicinske behandling kan justeres for at opnå bedre symptomkontrol. Der aftales en opfølgning om tre måneder for at evaluere hendes udvikling.

Clara havde vanskeligt ved at udøve mindfulness regelmæssigt. Hun fandt det svært at afsætte tid til det og mærkede meget uro og ubehag i starten af terapiforløbet. I samarbejde med terapeuten fandt de nogle mindfulnessøvelser, der passede til Claras hverdag og personlige præferencer. Clara oplevede en vis forbedring af sin dagligdag. Til opfølgningssamtale hos psykiateren blev det aftalt, at Clara afprøver atomoxetin.

Hvis behandlingsplanen følges (dialektisk adfærdsterapi kombineret med medicinsk optimering):

Mulige kortsigtede positive effekter:

- Clara lærer mindfulness-teknikker til at håndtere indre uro.
- Forbedret evne til at genkende triggere for følelsesmæssige udbrud.
- Bedre strategier til at håndtere arbejdsrelateret stress.
- Gradvis udvikling af mere hensigtsmæssige kommunikationsmønstre.

Mulige langsigtede positive effekter:

- Større stabilitet i parforholdet gennem bedre konfliktløsningsværktøjer.
- Forbedret lederskab på arbejdet med færre konflikter.
- Udvikling af hensigtsmæssige rutiner, der tager højde for både ADHD og autisme.
- Bedre selvregulering og stresshåndtering.
- Øget arbejdskapacitet gennem forbedret planlægning og organisering.

Hvis behandlingsplanen ikke følges:

Mulige kortsigtede risici:

- Fortsatte konflikter på arbejdspladsen med risiko for jobmæssige konsekvenser.
- Yderligere belastning af parforholdet.
- Forværring af stresssymptomer.
- Vedvarende vanskeligheder med følelsesregulering.

Mulige langsigtede risici:

- Risiko for udvikling af depression eller angst som følge af vedvarende stress.
- Potentielt sammenbrud i arbejdssituationen.
- Mulig forværring af parforholdet med risiko for brud.
- Fortsat ineffektiv medicinering uden supplerende strategier.
- Forpasset mulighed for at lære at navigere i kompleksiteten af både ADHD og autisme.

Det er særligt vigtigt at bemærke, at Claras situation med både ADHD og autisme kræver en specialiseret tilgang. Dialektisk adfærdsterapi kan være særligt gavnlig her, da den kan hjælpe med at adressere både de eksekutive udfordringer fra ADHD og de sociale/kommunikative aspekter relateret til autismen.

Patientcase Maria, 53 år

Maria, 53 år, blev diagnosticeret med ADHD som voksen, efter at hun i mange år havde kæmpet med uopmærksomhed. Diagnosen var en stor lettelse for hende, da det gav mening i de udfordringer, hun havde oplevet gennem hele sit liv. Især under studietiden, hvor hun uddannede sig til socialrådgiver, fandt hun det vanskeligt at læse og holde fokus, hvilket gjorde studierne særligt udfordrende. Udover ADHD er Maria også diagnosticeret med bipolar lidelse, som yderligere har påvirket hendes liv og hverdag.

Maria har valgt ikke at påbegynde farmakologisk behandling for sine uopmærksomhedsproblemer, da hun ønsker at prøve andre tilgange først. Hendes dagligdag er præget af en vis passivitet, hvor hun ofte sidder stille i lange perioder. Dog har hun indimellem perioder med intens aktivitet, hvor hun eksempelvis kan finde på at gøre rent i huset midt om natten. Disse udsving gør det svært for hende at finde en stabil rytme i hverdagen, og hun udtrykker et ønske om at ændre sin livsstil.

Man må primært sikre sig, at patienten er velbehandlet for sin bipolar lidelse. Der er ikke oplysning om eventuel medicinering af den bipolar lidelse, og det er uklart om den intense aktivitet om natten er et udslag af en vis grad af mani, eller om det skyldes ADHD'en.

For at hjælpe Maria med at opnå en bedre balance i hverdagen og mål om at reducere hendes uopmærksomhedsproblemer foreslår psykiateren, at hun starter med henvisning til kognitiv adfærdsterapi samt henvisning til udarbejdelse af en sanseprofil. Maria er åben for forslaget og aftaler med psykiateren, at hun henvises til en kognitiv adfærdsterapeut samt en ergo- og fysioterapeut med henblik på udarbejdelse af en sanseprofil, vurdering af ADL-funktioner (Activities of Daily Living) samt et tilpasset fysisk aktivitetsprogram. Træningsprogrammet tilpasses med baggrund i den udarbejdede sanseprofil. Målet er, at kognitiv adfærdsterapi kan give Maria en bedre evne til at danne sig et overblik, strukturere sin tid og planlægge samt at træningen kan give hende mere ro og hjælpe hende med at skabe mere struktur og stabilitet i sin hverdag.

Kognitiv adfærdsterapi kan træne hende i at strukturere sin tid og træning af funktioner som indkøb, rengøring og madlavning. Med baggrund i sanseprofilen kan Maria vejledes i hensigtsmæssige strategier ift. bedre bearbejdning af sensoriske stimuli og dermed mere ro og mindre uhensigtsmæssig adfærd på baggrund af overstimulering. Endelig udarbejdes et træningsprogram med udgangspunkt i øvelser som Maria finder ro ved.

Maria allierede sig med en veninde. De aftalte at gå tur to gange om ugen. De startede i det små med en 15-minutters tur og øgede tiden med fem minutter hver anden uge. De aftalte desuden at give sig selv en belønning i form af et cafébesøg en gang om måneden i forbindelse med deres gåtur. Allerede efter den første måned bemærkede Maria en forbedring i form af bedre humør og bedre nattesøvn.

Et ugeskema har hjulpet med struktur i Marias dagligdag, hvor der f.eks. vil være skrevet ind, hvornår hun står op om morgenen, og hvornår hun går i seng om aftenen. Marias øvelser er ligeledes skrevet ind i skemaet, så Maria bliver mindre overstimuleret, ligesom hun får holdt de pauser, der er vigtige for hende. Ydermere vil ugeskemaet indeholde praktiske gøremål for ugen, såsom indkøb, rengøring og vasketøj, for at gøre aktiviteterne mere overskuelige. Maria vil derved kunne forvalte sin energi, så hun ikke gør for mange ting på én dag, og derefter er træt i flere dage efter.

Allerede efter den første måned bemærker Maria en forbedring på humør, overskud, trivsel og nattesøvn.

Patientcase: Jonas, 19 år

Jonas er netop blevet udredt for ADHD og synes, at diagnosen giver god mening for ham i forhold til de udfordringer, han altid har haft i hverdagen.

Jonas har haft svært ved at tilpasse sig folkeskolen og har mange skoleskift bag sig. Han går aktuelt på Forberedende Grunduddannelse (FGU) med ustabil fremmøde. Han drømmer om at blive tømrer. Han er netop flyttet hjemmefra og bor i en ungdomsbolig.

Jonas vender ofte rundt på dag og nat, og har derfor svært ved at møde til tiden om morgenen. Han har svært ved at imødekomme dagligdagsfunktioner, som at få spist almindelig mad til måltiderne, komme i bad, få skiftet tøj, vasket tøj og holde sin nye lejlighed ordentligt. Han får ikke afleveret sine opgaver på FGU til tiden, og nogle opgaver bliver slet ikke afleveret. Han kan finde ro i hverdagen fra tankerne ved at ryge hash. Jonas kan fastholde venskaber, men nogle af venskaberne kan være konfliktfyldte.

Jonas har netop fået tildelt en støttekontaktperson, som kan hjælpe ham med at strukturere sine aftaler og sin tid i hverdagen. Ligeledes modtager han ekstra hjælp på FGU til at strukturere sin tid og få afleveret sine opgaver til tiden. Jonas har modtaget kognitiv træning med psykoedukation, efter at han har fået sin ADHD-diagnose.

Formålet med psykoedukationen er at give Jonas bedre indblik i sine egne copingmekanismer, så han kan gennemskue, hvordan han bruger hash og andre stoffer til at håndtere sine mentale udfordringer, som tankemylder, igangsætning og fastholdelse af aktiviteter. Målet er, at Jonas over tid kan lære at bruge ADHD-medicin, støttekontaktpersonen, forskellige konkrete teknikker som huskelister, selvmonitorering og belønning samt sine forældre, venner og andre pårørende som støtte i dagligdagen.

Jonas er netop startet medicinsk behandling for ADHD, som har hjulpet ham med at kunne koncentrere sig bedre på FGU og dermed kunne modtage mere undervisning og lave sine afleveringer.

Terapiform:

Da Jonas' emotionelle udvikling er blevet forsinket af hans neuropsykiatriske lidelser, er han på flere fronter ikke alderssvarende, og der er derfor brug for psykosocial intervention, hvor hans forældre, andre pårørende og hans støttekontaktperson deltager, så de kan støtte ham i at arbejde videre med emnerne fra terapisaftalerne i sin hverdag.

De terapeutiske samtaler skal være fokuserede på konkrete mål, som Jonas selv er med til at bestemme og evaluere effekten af. Terapien skal også øge og træne Jonas' metakognitive evner, evne til selvrefleksion og hans emotionelle labilitet. Der vil være særligt fokus på at bruge metaforer og billeder, der støtter Jonas' refleksionskompetencer. Der tales f.eks. om "udholdenhedsmusklen", der skal trænes, og "følelsesvulkanen", hvor temperaturen skal sænkes.

Terapien vil tage lang tid og kan med fordel foregå i intervaller med mellemrum i takt med Jonas' udvikling og de udfordringer, han møder. Her skal der særligt tages hensyn til, hvilken grad af voksenstøtte han modtager fra sine forældre, i sin ungdomsbolig og på FGU.

Patientcase: Sofie, 18 år

Sofie er blevet udredt med ADHD som 12-årig, og har været fulgt i Regionens børne- og ungdomspsykiatri for medicinsk behandling for ADHD. I perioder har forældrene haft brug for psykoedukation – også fra ADHD-foreningen – i forhold til at sætte aldersrelevante forventninger og rammer for deres opdragelse.

Hun står nu over for at skulle overgå til privatpraktiserende voksenpsykiater, hvor der er ventetid på at komme til, og hvor der ikke er så hyppig kontrol. Regionens børne- og ungdomspsykiatri har lavet et overdragelsesdokument omkring, hvad der gennem årene har virket for Sofie.

Sofie har klaret sig fint fagligt og socialt gennem folkeskolen. Det er sandsynligvis, fordi hun er blevet mødt med ADHD-pædagogik gennem sin folkeskoletid. Sofie går nu i 2.G i gymnasiet og har ugentlige mindfulness-baserede kognitive terapisamtaler med sin studievejleder. Studievejlederen hjælper hende med at strukturere hverdagen i gymnasiet i forhold til prioritering af afleveringer, og hvad der ellers fylder i hverdagen.

Sofie bor hjemme sammen med sine forældre og to yngre søskende.

Sofie beskriver sig selv som en pige, som er følsom med lavt selvværd. Selvom det går Sofie godt i gymnasiet både fagligt og socialt, er hun konstant på mentalt overarbejde og kan komme i konflikt med dem, som står hende nær. Om aftenen kan følelserne overvælde Sofie, og hun har de sidste år skåret sig overfladisk på sine underarme for at aflede sine svære følelser. Sofie har talt med sin studievejleder om sin selvskaide, og hun har nu fået hjælp til at aflede sine svære følelser på andre måder i kommunalt regi.

Sofie giver selv udtryk for, at det kan virke skræmmende at være fyldt 18 år med alt, hvad det indebærer. Hun er selv opmærksom på, at hun på flere områder er følelsesmæssigt mere umoden, og derfor har brug for mere voksenstøtte end sine jævnaldrende. Dette i forhold til de forventninger, der er til hende med hensyn til organisering og planlægning i hverdagen, som uddannelse, forvaltning af følelser og generelt den mindre støtte, der naturligt forekommer med alderen.

Som de fleste andre unge med neuropsykiatriske vanskeligheder, er Sofie ikke parat til selvstændigt at tage ansvar for sit liv. Hun har derfor skrevet et dokument sammen med sine forældre til kommunen om, at hun fortsat ønsker og har brug for at have sine forældre inddraget i samarbejdet med kommunen.

Terapibeskrivelser

Kognitiv adfærdsterapi er en struktureret behandling, der har fokus på at identificere og udfordre maladaptive tanke- og adfærdsmønstre⁽⁶³⁾. De specifikke komponenter i terapien varierer i nogen grad imellem de mange tilgængelige behandlingsmanualer for kognitiv adfærdsterapi, men i behandlingen af ADHD indgår typisk elementer som psykoedukation om ADHD, kognitiv omstrukturering, afslapningsøvelser til f.eks. at adressere vanskeligheder med søvn og følelsesregulering, eller færdighedstræning i kompensatoriske strategier for ADHD-relaterede vanskeligheder (f.eks. træning i tidshåndtering, planlægning, målprioritering, problemløsning, koncentration, håndtering af prokrastinering, impulsivitet, vrede, m.m.)^(25, 29, 36, 63). Kognitiv adfærdsterapi omfatter desuden typisk hjemmearbejde imellem sessionerne med henblik på at støtte patienterne i at træne og integrere det, de lærer i terapien, i deres dagligdag⁽⁶³⁾.

Dialektisk adfærdsterapi er en tredje generations kognitiv adfærdsterapi, som oprindeligt blev udviklet til behandling af borderline personlighedsforstyrrelse, og har fokus på håndtering af intense følelser⁽⁶⁴⁾. Ligesom individer med borderline personlighedsforstyrrelse, har mange med ADHD, problemer med impulsivitet, emotionel ustabilitet, lavt selvværd, relationelle vanskeligheder samt problemer med struktur og planlægning^(16, 65), hvorfor terapiformen siden også er blevet tilpasset behandling af ADHD. Dialektisk adfærdsterapi inkluderer bl.a. mindfulness teknikker, et fokus på ens relation til sig selv og andre, og træning af mere adaptive følelsesreguleringsstrategier^(16, 23). I terapien indgår ofte også komponenter fra kognitiv adfærdsterapi som psykoedukation om ADHD, et fokus på at identificere og udfordre dysfunktionelle tanke- og adfærdsmønstre, og færdighedstræning i f.eks. impuls- og stresshåndtering, samt hjemmearbejde imellem sessioner^(16, 23).

Træning af arbejdshukommelsen: Arbejdshukommelsen refererer til, at vi midlertidigt kan hente relevante informationer op i en aktiv hukommelsesfunktion, hvor de kortvarigt kan fastholdes og manipuleres i forbindelse med kognitive processer som logisk tænkning og koncentration⁽⁶⁶⁾. Der ses betydelige individuelle forskelle i arbejdshukommelseskapacitet, og især for personer med ADHD, er det karakteristisk, at arbejdshukommelseskapaciteten er svækket⁽⁶⁷⁾. Computerbaserede øvelser til at facilitere daglig træning af evnen til at fastholde og manipulere stimuli-sekvenser i arbejdshukommelsen er blevet anvendt til at træne arbejdshukommelseskapaciteten – eksempelvis via programmet CogMed Working Memory Training (CWMT)⁽¹⁹⁻²¹⁾. CWMT består af både auditorisk-verbale øvelser (f.eks. at gentage en oplæst talrækkefølge baglæns) og visuelt-spatiale øvelser (f.eks. at genskabe en lyssekvens i et 4x4 grid), som typisk udføres dagligt online fra eget hjem⁽¹⁹⁻²¹⁾. Programmet tilpasser løbende øvelsernes sværhedsgrad så de matcher den øverste grænse for individets aktuelle arbejdshukommelseskapacitet⁽¹⁹⁻²¹⁾. CWMT inkluderer desuden korte ugentlige telefonsamtaler med en coach, som giver feedback på individets præstationer, adresserer eventuelle udfordringer og opfordrer til at følge træningsplanen⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Kognitiv træning har typisk form af computerbaserede programmer, der har til formål på systematisk vis at træne specifikke kognitive funktioner som opmærksomhed, eksekutive funktioner og arbejdshukommelsen⁽³⁶⁾. De kognitive øvelser er typisk visuelle eller auditive i form, og kan f.eks. indebære at skulle tælle bogstaver mens man læser, arrangere tal eller figurer i en bestemt sekvens, eller hurtigst muligt identificere et målinput såsom en bestemt figur eller hvilket regnestykke er korrekt⁽³⁶⁾. Øvelsernes sværhedsgrad vil typisk justeres løbende, baseret på deltagerens præstation.

Mindfulness er en mental praksis, der fokuserer på at træne klientens intentionelle bevidsthed i nuet og evne til at forholde sig åben og accepterende, frem for f.eks. at vurdere tanker og følelser som gode eller dårlige⁽⁶⁸⁾. Mindfulness-teknikker anvendes ofte med henblik på at fremme følelsesregulering og omfatter bl.a. meditationsøvelser, opmærksomhedstræning, vejtrækningsøvelser og kropsscanningsøvelser^(15, 17, 25). Mindfulness-baseret kognitiv terapi (MBKT) er et struktureret mindfulness-program, og indeholder komponenter som psykoedukation om ADHD, træning i adaptive strategier til at kompensere for ADHD-relaterede udfordringer samt hjemmeøvelser i form af f.eks. daglige mindfulness-øvelser^(15, 17, 25),^(15, 17, 25, 69)

Perspektivering

Monitorering

Eksisterende data til monitorering af non-farmakologisk behandling af voksne med ADHD er på nuværende tidspunkt begrænset. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (tidligere Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)) har fra d. 01.04 2024, registeret data på voksne ADHD-patienter, der har modtaget psykoterapi, som den eneste non-farmakologiske behandling. Monitorering i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut vil give mulighed for at identificere evt. regionale forskelle i brug af psykoterapi. Det vurderes relevant at udvide dataregistreringen, så den ikke alene omfatter psykoterapi, men også non-farmakologiske behandlingstilbud organiseret som en overordnet kategori, der indeholder forskellige behandlingstyper. Det vil dermed give mulighed for at identificere eventuelle regionale forskelle.

Det skønnes ikke, at der udover data fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, er data fra henholdsvis Landspatientregisteret, Lægemiddelregisteret eller Sygesikringsregisteret som vil kunne anvendes i beskrivelsen af, hvorvidt NKAen følges.

Videre forskning

Denne anbefaling har klarlagt, at den eksisterende videnskabelige litteratur på området, er delvist mangelfuld idet både antallet og størrelsen af forsøg er begrænsede. Der er derfor behov for yderligere forskning for at afklare effekten af non-farmakologisk behandling hos voksne med ADHD uanset samtidig farmakologisk behandling. Der er ligeledes behov for yderligere forskning af høj kvalitet med lav risiko for bias for at afklare effekterne af de undersøgte non-farmakologiske behandlingstyper. I tillæg til de i forvejen afdækkede behandlingstyper, er der behov for afdækning af fysio- og ergoterapeutiske behandlinger som fysisk aktivitet, sensorisk regulering og Basic Body Awareness Therapy til voksne med ADHD.

Der kan være mange forskelligartede årsager til, at nogle patienter ikke modtager farmakologisk behandling. Der mangler derfor, i særdeleshed, yderligere forskning som afdækker effekten af non-farmakologisk behandling til netop denne patientgruppe, da denne type forskning endnu ikke forelægges. Dette for at afdække effekten af non-farmakologisk behandling hos patienter, der ikke samtidig modtager farmakologisk behandling.

I lyset af de udfordringer, der knytter sig til adgangen til non-farmakologiske interventioner, er det relevant at undersøge effekten af fysiske versus virtuelle samt gruppebaserede versus individuelle non-farmakologiske behandlinger.

Implementering

Regionerne spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af NKAen gennem formidling af NKAens indhold og ved at understøtte NKAens anvendelse i praksis. For at understøtte anbefalingens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at NKAen samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her.

De Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) er en vigtig samarbejdspartner, da de står for at udarbejde kliniske retningslinjer på psykiatriområdet. DMPG-retningslinjer arbejder på at komplementære de nationale kliniske anbefalinger ved at retningslinjerne indeholder elementer af det hele patientforløb.

Et tværsektorielt samarbejde med **kommunerne** er centralt, da det kan bidrage til at sikre de rette tilbud til målgruppen.

For almen praksis indebærer det, at anbefalinger fra NKAen indarbejdes i regionernes forløbsbeskrivelser for behandling af voksne med ADHD. Således vil de evidensbaserede relevante anbefalinger indgå i de patientvejledninger, som almen praktiserende læger allerede anvender, og som forholder sig til organisering i øvrigt i den pågældende region. Forløbsbeskrivelserne kan med fordel indeholde et link til NKAen.

Herudover kan der med fordel indsættes et link til NKAen i Lægehåndbogen. Regionernes praksiskonsulenter kan endvidere bidrage i forbindelse med den konkrete implementering.

De faglige selskaber er en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til anbefalingerne. Det foreslås, at NKAen omtales på de relevante faglige selskabers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til den fulde version af anbefalingen. Det anbefales, at relevante faglige selskaber og sammenslutninger med udgangspunkt i den nationale anbefaling, formulerer supplerende retningslinjer om muligheden for non-farmakologisk behandling. Sundhedsstyrelsen foreslår desuden, at anbefalingens indhold formidles til patienterne, og at relevante patientforeninger inddrages i denne proces.

Der opfordres ligeledes til, at anbefalingen præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på lægedage, og at den bruges i undervisningsøjemed. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve som Månedsskrift for Praktisk Lægegering og Dansk Psykiatrisk Selskabs medlemsblad.

Regioner og kommuner er som udgangspunkt ansvarlige for implementeringen af NKAen for non-farmakologisk behandling til voksne med ADHD, da psykosociale interventioner varierer og tilbydes i begge sektorer afhængigt af type.

Metode

Grundlæggende udarbejdes NKAer efter GRADE-metoden. GRADE er et internationalt brugt systematisk og transparent system til at vurdere tiltroen til evidens og udarbejde kliniske anbefalinger. Se også: [^{\(70\)}](http://www.gradeworkinggroup.org).

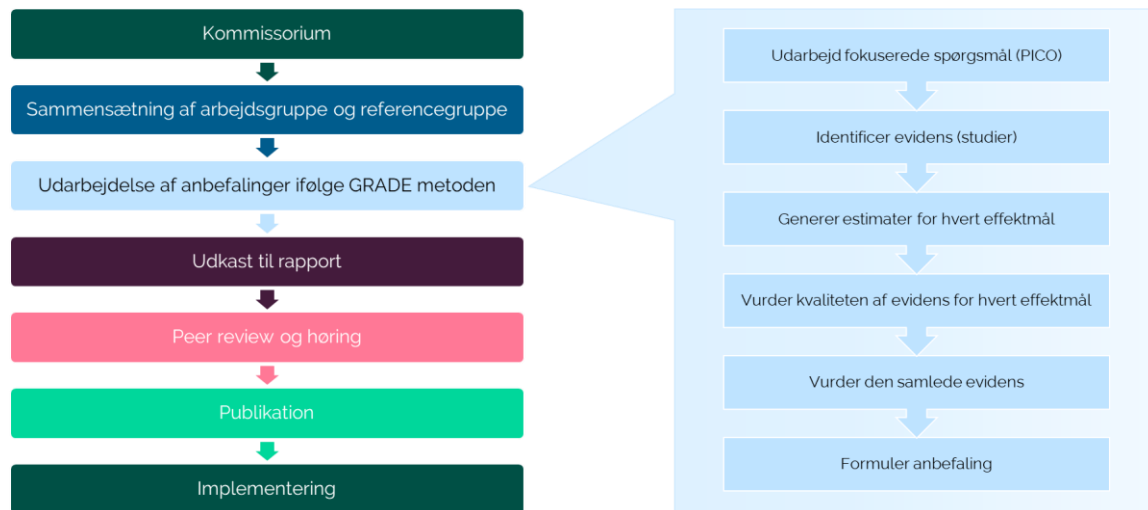
Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en metodehåndbog for nationale kliniske retningslinjer som kan tilgås via hjemmesiden. Metodehåndbogen indeholder en beskrivelse af den metodiske tilgang og processen for udarbejdelse af evidensbaserede anbefalinger⁽¹⁾.

Følgende metodebilag for denne NKA kan findes på www.sst.dk:

- Fokuserede spørgsmål
- Søgeprotokoller
- Flow charts
- Sammenfatning af evidens og evidensprofil
- Metaanalyser og risk of bias vurderinger

Processen

Udarbejdelsen af en NKA følger i store træk nedenstående model.



Fokuserede spørgsmål

Udvælgelsen af de fokuserede spørgsmål sker på baggrund af den ramme, som metoden for udvikling af NKAer foreskriver. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen, alternativet til interventionen og effektmål. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcome).

PICO er valgt og defineret a priori af arbejdsgruppen på baggrund af klinisk erfaring og ønsket om at få en specifik intervention vurderet ved et specifikt effektmål. Der har ikke a priori været restriktioner på hvilke måleredskaber, der er blevet anvendt til at måle de valgte effektmål, og måleredskaber er derfor baseret på de der er anvendt i de identificerede forsøg.

Sammenfatning af evidensen

For hver anbefaling præsenterer vi en sammenfatning af den evidens, der ligger til grund for anbefalingen sammen med evidensprofiler med effektestimater, tiltroen til effektestimaterne og reference til forsøgene.

Tiltroen til estimerne inddeles i fire niveauer:

- Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt
- Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes
- Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt
- Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

Nøgleinformationer

Under nøgleinformationer giver vi en fyldestgørende beskrivelse af de kriterier vi vurderer, når vi afvejer styrken og retningen af en anbefaling. De kriterier vi vurderer for at udarbejde anbefalingen er:

- Gavnlig og skadelig virkning
- Den overordnede tiltro til evidensen
- Patienternes værdier og præferencer
- Ressourcer
- Lighed i sundhed
- Accept
- Gennemførlighed

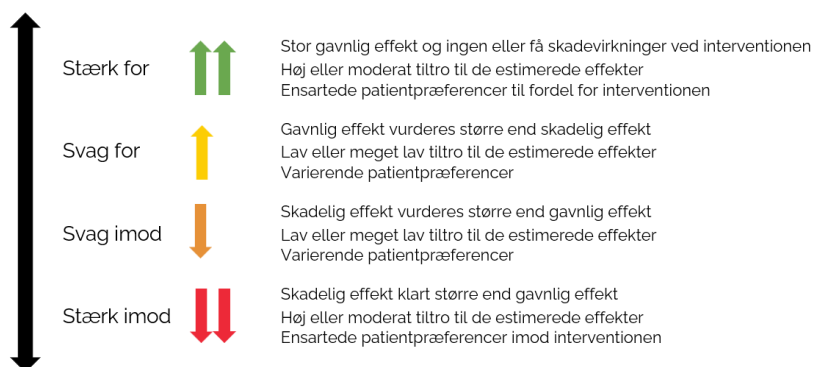
Anbefalingstyper ved brug af GRADE-metoden

Når evidensen er sammenfattet og nøgleinformationerne er udfyldt, udarbejdes anbefalingerne på baggrund af en samlet vurdering.

Vi har fire typer anbefalinger. Anbefalingen har en retning og en styrke. Anbefalingen er i udgangspunkt *for* eller *imod* en intervention eller diagnostisk test og styrken af anbefalingen kan være *stærk* eller *svag*. Vurdering af anbefalingens retning og styrke giver på den måde mulighed for fire typer anbefalinger:

- Stærk anbefaling for
- Svag anbefaling for
- Svag anbefaling imod
- Stærk anbefaling imod

Retning og styrke af en anbefaling afhænger som udgangspunkt i balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger, patienternes præferencer og værdier samt den overordnede tiltro til evidensen. Vi vurderer også om eventuelle ændringer i ressourceforbrug påvirker anbefalingen, om anbefalingen kan medføre ulighed i sundhed samt om hvorvidt anbefalingen er acceptabel for patienter og klinikere. Afslutningsvis vurderer vi, om der er udfordringer i forhold til implementering af anbefalingen i klinisk praksis (gennemførlighed).



God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således på faglig konsensus og ekspertise blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Anbefalingen kan være *for* eller *imod* interventionen. Da der er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end både de stærke og svage evidensbaserede anbefalinger.

Søgebeskrivelse for fokuserede spørgsmål 1 og 2

Litteratursøgningen til denne kliniske anbefaling er foretaget i henhold til metodehåndbogen for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer⁽⁴⁾. Databaserne er udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer som defineret i metodehåndbogen.

Der er foretaget tre systematiske søgninger:

1. En søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines (guidelines-søgningen) 2018- februar 2024
2. En opfølgende søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser) 2014-juni 2024
3. En søgning efter supplerende primærlitteratur 2016- september 2024.

Den fulde beskrivelse af søgestrategi kan ses i bilag 4

Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. Metodehåndbogen : model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Sundhedsstyrelsen, 2018. Link: <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Sundhedsv%C3%A6sen/NKR/Metodehåndbogen-2018.ashx>
2. Doernberg E, Hollander E. Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectr*. 2016 Aug;21(4):295–9
3. van der Ham M, Bijlenga D, Böhmer M, Beekman ATF, Kooij S. Sleep Problems in Adults With ADHD: Prevalences and Their Relationship With Psychiatric Comorbidity. *J Atten Disord*. 2024 Nov;28(13):1642–52
4. Hoff A, Speyer H. Køn og alders betydning for symptomer og epidemiologi ved ADHD. *Ugeskrift for Læger* 2025;187:V11240761:187:V11240761
5. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2024 Feb 22;10(1):11–0
6. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Oct;257(7):371–7
7. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018 Sep;5(9):727–38
8. Boesen K, Paludan-Müller AS, Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Extended-release methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Feb 24;2(2):CD012857
9. Castells X, Blanco-Silvente L, Cunill R. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Aug 9;8(8):CD007813
10. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af angst hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2021. Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR_Angstlidelser/NKR-for-behandling-af-angstlidelser-hos-voksne.ashx?sc_lang=da&hash=90615D8713D0D83E90A8B449E9793147
11. Corbisiero S, Bitto H, Newark P, Abt-Morstedt B, Elsasser M, Buchli-Kammermann J, et al. A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Pharmacotherapy vs. Pharmacotherapy Alone in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)-A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*. 2018;9:571
12. Dittner AJ, Hodsoll J, Rimes KA, Russell AJ, Chalder T. Cognitive-behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder: a proof of concept randomised controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(2):125–37
13. Emilsson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, Baldursson G, Einarsson E, Olafsdottir H, et al. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2011 Jul 25;11:116–
14. Grinblat N, Rosenblum S. Work-MAP Telehealth Metacognitive Work-Performance Intervention for Adults With ADHD: Randomized Controlled Trial. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*. 2023;43(3):435–45
15. Gu Y, Xu G, Zhu Y. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for College Students With ADHD. *J ATTENTION DISORD*. 2018;22(3):388–99
16. Halmoy A, Ring AE, Gjestad R, Moller M, Ubostad B, Lien T, et al. Dialectical behavioral therapy-based group treatment versus treatment as usual for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):738

17. Hepark S, Janssen L, de Vries A, Schoenberg PLA, Donders R, Kan CC, et al. The Efficacy of Adapted MBCT on Core Symptoms and Executive Functioning in Adults With ADHD: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *J ATTENTION DISORD*. 2019;23(4):351–62
18. Huang F, Tang Y, Zhao M, Wang Y, Pan M, Wang Y, et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: A Randomized Clinical Trial in China. *J ATTENTION DISORD*. 2019;23(9):1035–46
19. Liu Z, Lishak V, Tannock R, Woltering S. Effects of working memory training on neural correlates of Go/Nogo response control in adults with ADHD: A randomized controlled trial. *Neuropsychologia*. 2017 Jan 27;95:54–72
20. Mawjee K, Woltering S, Lai N, Gottlieb H, Kronitz R, Tannock R. Working Memory Training in ADHD: Controlling for Engagement, Motivation, and Expectancy of Improvement (Pilot Study). *Journal of attention disorders*. 2017;21(11):956–68
21. Mawjee K, Woltering S, Tannock R. Working Memory Training in Post-Secondary Students with ADHD: A Randomized Controlled Study. *PLoS One*. 2015 Sep 23;10(9):e0137173
22. Mitchell JT, McIntyre EM, English JS, Dennis MF, Beckham JC, Kollins SH. A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion Dysregulation. *J Atten Disord*. 2017 Nov;21(13):1105–20
23. Moritz GR, Pizutti LT, Cancian ACM, Dillenburg MS, de Souza LAS, Lewgoy LB, et al. Feasibility trial of the dialectical behavior therapy skills training group as add-on treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychol*. 2021;77(3):516–24
24. Nakashima M, Inada N, Tanigawa Y, Yamashita M, Maeda E, Kouguchi M, et al. Efficacy of Group Cognitive Behavior Therapy Targeting Time Management for Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Japan: A Randomized Control Pilot Trial. *Journal of attention disorders*. 2022;26(3):377–90
25. Nasri B, Cassel M, Enharje J, Larsson M, Hirvikoski T, Ginsberg Y, et al. Internet delivered cognitive behavioral therapy for adults with ADHD - A randomized controlled trial. *Internet Interventions*. 2023 Sep;33:100636
26. Pan M, Zhang S, Qiu S, Liu L, Li H, Zhao M, et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy in medicated adults with attention-deficit/hyperactivity disorder in multiple dimensions: a randomised controlled trial. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. 2022 Mar;272(2):235–55
27. Pan MR, Zhao MJ, Liu L, Li HM, Wang YF, Qian QJ. Cognitive behavioural therapy in groups for medicated adults with attention deficit hyperactivity disorder: Protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2020;10(10) (pagination):Article Number: e037514. Date of Publication: 05 Oct 2020
28. Pan M, Dong M, Zhang S, Liu L, Li H, Wang Y, et al. One-year follow-up of the effectiveness and mediators of cognitive behavioural therapy among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: secondary outcomes of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2024 Mar 16;24(1):207
29. Pettersson R, Söderström S, Edlund-Söderström K, Nilsson KW. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD in Outpatient Psychiatric Care. *J ATTENTION DISORD*. 2017;21(6):508–21
30. Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M, et al. Effects of Group Psychotherapy, Individual Counseling, Methylphenidate, and Placebo in the Treatment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2015 Dec;72(12):1199–210
31. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*. 2005 Jul;43(7):831–42
32. Stevenson CS, Whitmont S, Bornholt L, Livesey D, Stevenson RJ. A cognitive remediation programme for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002 Oct;36(5):610–6
33. Stevenson CS, Stevenson RJ, Whitmont S. A self-directed psychosocial intervention with minimal therapist contact for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2003;10(2):93–101

34. Taddei S, Contena B, Mitchell JT, McIntyre EM, English JS, Dennis MF, et al. A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion Dysregulation. *J ATTENTION DISORD*. 2017;21(13):1105–20
35. Van der Oord S, Boyer BE, Van Dyck L, Mackay KJ, De Meyer H, Baeyens D. A Randomized Controlled Study of a Cognitive Behavioral Planning Intervention for College Students With ADHD: An Effectiveness Study in Student Counseling Services in Flanders. *Journal of Attention Disorders*. 2020;24(6):849–62
36. Virta M, Salakari A, Antila M, Chydenius E, Partinen M, Kaski M, et al. Short cognitive behavioral therapy and cognitive training for adults with ADHD - a randomized controlled pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010 Sep 7;6:443–53
37. Chaulagain A, Lyhmann I, Halmoy A, Widding-Havneraas T, Nytingnes O, Bjelland I, et al. A systematic meta-review of systematic reviews on attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Psychiatry*. 2023 /;66(1):ego
38. Cortese S, Del Giovane C, Chamberlain S, Philipsen A, Young S, Billow A, et al. Pharmacological and non-pharmacological interventions for adults with ADHD: Protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*. 2022 /;12(3):e058102
39. Den Heijer AE, Groen Y, Tucha L, Fuermaier ABM, Koerts J, Lange KW, et al. Sweat it out? The effects of physical exercise on cognition and behavior in children and adults with ADHD: a systematic literature review. *J Neural Transm*. 2017 /;124:3–26
40. Elbe P, Backlund C, Vega-Mendoza M, Sorman D, Gavelin HM, Nyberg L, et al. Computerized Cognitive Interventions for Adults With ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology*. 2023 /;37(5):519–30
41. Fan H-, Sun C-, Cheng Y-, Chung W, Tzang R-, Chiu H-, et al. A pilot meta-analysis on self-reported efficacy of neurofeedback for adolescents and adults with ADHD. *Sci Rep*. 2022 /;12(1):9958
42. Fullen T, Jones SL, Emerson LM, Adamou M. Psychological Treatments in Adult ADHD: A Systematic Review. *J PSYCHOPATHOL BEHAV ASSESS*. 2020 /09/;42(3):500–18
43. Guo C, Assumpcao L, Hu Z. Efficacy of Non-pharmacological Treatments on Emotional Symptoms of Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis. *J Atten Disord*. 2022 /;26(4):508–24
44. Knouse LE, Teller J, Brooks MA. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for adult ADHD. *J Consult Clin Psychol*. 2017 /;85(7):737–50
45. "Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for adult ADHD": Correction to Knouse, Teller, and Brooks (2017) *J Consult Clin Psychol*. 2017 /;85(9):882
46. Lee CSC, Ma M-, Ho H-, Tsang K-, Zheng Y-, Wu Z-. The effectiveness of mindfulness-based intervention in attention of individuals with ADHD: A systematic review. *Hong Kong J Occup Ther*. 2017 /;30:33–41
47. Li Y, Zhang L. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Pharmacotherapy Versus Pharmacotherapy Alone in Adult ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord*. 2024 /;28(3):279–92
48. Liu C, Hua M, Lu M, Goh KK. Effectiveness of cognitive behavioural-based interventions for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder extends beyond core symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2023 /;96(3):543–59
49. Lopez PL, Torrente FM, Ciapponi A, Lischinsky AG, Cetkovich-Bakmas M, Rojas JI, et al. Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 /;2018(3):CD010840
50. Lopez-Pinar C, Martinez-Sanchis S, Carbonell-Vaya E, Sanchez-Meca J, Fenollar-Cortes J. Efficacy of Nonpharmacological Treatments on Comorbid Internalizing Symptoms of Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *J Atten Disord*. 2020 /;24(3):456–78

51. Lopez-Pinar C, Martinez-Sanchis S, Carbonell-Vaya E, Fenollar-Cortes J, Sanchez-Meca J. Long-Term Efficacy of Psychosocial Treatments for Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Front Psychol*. 2018 /;9:638
52. Narimani M, Ensafi E, Aval NM. Effectiveness of neurofeedback treatment on adult ADHD: A meta-analysis. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2018 /;6(2):73–82
53. Nimmo-Smith V, Merwood A, Hank D, Brandling J, Greenwood R, Skinner L, et al. Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. *Psychol Med*. 2020 /;50(4):529–41
54. Oliva F, Malandrone F, di Girolamo G, Mirabella S, Colombi N, Carletto S, et al. The efficacy of mindfulness-based interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder beyond core symptoms: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *J Affective Disord*. 2021 /;292:475–86
55. Poissant H, Moreno A, Potvin S, Mendrek A. A meta-analysis of mindfulness-based interventions in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: Impact on ADHD symptoms, depression, and executive functioning. *Mindfulness*. 2020 /;11(12):2669–81
56. Poissant H, Mendrek A, Talbot N, Khoury B, Nolan J. Behavioral and cognitive impacts of mindfulness-based interventions on adults with attention-deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Behav Neurol*. 2019 /;2019:5682050
57. Scholz L, Werle J, Philipsen A, Schulze M, Collonges J, Gensichen J. Effects and feasibility of psychological interventions to reduce inattention symptoms in adults with ADHD: a systematic review. *J Ment Health*. 2023 /;32(1):307–20
58. Surman CBH, Walsh DM. Do ADHD Treatments Improve Executive Behavior Beyond Core ADHD Symptoms in Adults? Evidence From Systematic Analysis of Clinical Trials. *J Clin Pharmacol*. 2023 /;63(6):640–53
59. Westwood SJ, Radua J, Rubia K. Noninvasive brain stimulation in children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatry Neurosci*. 2021 /;46(1):E14–33
60. Xue J, Zhang Y, Huang Y, Tusconi M. A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on ADHD symptoms. *Medicine*. 2019 /06/07;98(23):e15957
61. Young Z, Moghaddam N, Tickle A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Atten Disord*. 2020 /;24(6):875–88
62. Zhang J, Diaz-Roman A, Cortese S. Meditation-based therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Ment Health*. 2018 /;21(3):87–94
63. Beck JS. *Cognitive therapy : basics and beyond*. New York: Guilford Press, 1995
64. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press, 1993
65. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. World Health Organization. Opdateret: Løbende. Hentet: 16.12.2024. Tilgængelig fra: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
66. Baddeley A. Working memory: looking back and looking forward. *Nat Rev Neurosci*. 2003 Oct;4(10):829–39
67. Alderson RM, Kasper LJ, Hudec KL, Patros CHG. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and working memory in adults: a meta-analytic review. *Neuropsychology*. 2013 May;27(3):287–302
68. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):144–56
69. Hillman CH, Erickson KI, Kramer AF. Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2008 Jan;9(1):58–65
70. GRADE : from evidence to recommendations - transparent and sensible. Working Group The GRADE. Opdateret: Løbende. Hentet: 18 2025. Tilgængelig fra: <https://www.gradeworkinggroup.org/>

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Arbejdsgruppe
- Bilag 2:** Sammenfatning af evidens og evidensprofil
- Bilag 3:** Fokuserede spørgsmål
- Bilag 4:** Søgeprotokoller
- Bilag 5:** Flow charts
- Bilag 6:** Metaanalyser og risk of bias vurderinger

Alle bilag kan findes på www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●